



Medicina de Familia. SEMERGEN



<http://www.elsevier.es/semergen>

387/148 - UN CASO DE HIPONATREMIA

C. Gracia Alloza¹, L. Moreno Suárez¹, I. García Díaz¹, A. Altadill Bermejo², M. Giménez Gil², R. Correa Gutiérrez³

¹Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Dobra. Torrelavega. Cantabria. ²Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Saja. Cabezón de la Sal. Cantabria. ³Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Zapatón. Torrelavega. Cantabria.

Resumen

Descripción del caso: Mujer de 80 años IABVD, hipertensa y con síndrome depresivo en tratamiento con olmesartán/HCT, lorazepam y escitalopram sin otros antecedentes de interés que acude al servicio de urgencias por “cansancio y agotamiento” de varias semanas de evolución que en los últimos días se ha intensificado con aparición de náuseas y que relaciona a iniciar tratamiento con escitalopram.

Exploración y pruebas complementarias: Buen estado general, bien hidratada y perfundida, obesa. Auscultación cardiopulmonar normal y una exploración NRL sin datos de focalidad. En la analítica destaca un Na de 119. Rx tórax y ECG sin alteraciones. Revisando la historia de la paciente venía presentando cifras de Na bajas desde hacía un año pero no tan intensa como en esta ocasión. Ingresó en planta de MI para corrección hidroelectrolítica y filiar causa de hiponatremia con osmolaridad plasmática baja y VEC normal. Se solicitó perfil tiroideo que resultó normal. Ecografía de abdomen dentro de la normalidad. En planta se suspendió tratamiento diurético e ISRS con mejoría progresiva de cifras de Na hasta la normalización de las mismas.

Juicio clínico: Hiponatremia de origen farmacológico (diurético vs ISRS).

Diagnóstico diferencial: El diagnóstico diferencial de la hiponatremia es amplio. En este caso con una osmolaridad plasmática baja y VEC hay que descartar: Deficiencia de cortisol, hipotiroidismo, SIADH y fármacos, fundamentalmente diuréticos.

Comentario final: Se considera hiponatremia a valores por debajo de 135 mEq/L en plasma. Clínicamente puede cursar de forma asintomática si se ha producido de forma subaguda/crónica o con síntomas inespecíficos como cefalea, astenia, letargo, confusión, náuseas etc. en casos de aparición aguda. Ante pacientes con aparición de este perfil de síntomas siempre debemos revisar los fármacos que toma el paciente e incluirlos como posibles desencadenantes.

Bibliografía

Mutneja A, et al. Trastornos electrolíticos. En: Bhat P, et al. Manual Washington de terapéutica médica, 35ª ed., 2016, p. 358-64.